

## **L'expertise de la dangerosité**

Jean Poupart, Jean Dozois et Michèle Lalonde

Volume 15, numéro 2, 1982

Criminels et psychiatrie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/017157ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/017157ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)

1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Poupart, J., Dozois, J. & Lalonde, M. (1982). L'expertise de la dangerosité. *Criminologie*, 15(2), 7–25. <https://doi.org/10.7202/017157ar>

---

## L'EXPERTISE DE LA DANGEROUSITÉ

Jean Poupart\*

Jean Dozois

et Michèle Lalonde\*

---

L'habitude de recourir à l'expertise professionnelle repose sur les deux grandes doctrines qui ont donné naissance au système pénal occidental. Dans l'optique du droit pénal classique, il fallait, pour établir la culpabilité, que le juge puisse déterminer le degré de responsabilité morale du criminel. Toutefois, cette tâche s'avérait difficile pour certaines catégories de délinquants, tels les anormaux mentaux, et c'est sans doute à cette difficulté que les psychiatres doivent leur venue dans l'appareil de justice. Ces derniers avaient dès lors la mission d'aider le juge à évaluer la part de responsabilité que l'individu pouvait avoir de ses actes.

L'avènement de la doctrine positiviste à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle est venu renforcer le statut de l'expertise professionnelle. Selon la philosophie positiviste, il ne suffisait pas de délimiter la responsabilité du délinquant; il fallait surtout préciser son degré de dangerosité de manière à s'assurer que ce dernier soit mis hors d'état de nuire par des mesures de neutralisation, ou de réhabilitation. Le psychiatre se voyait ainsi assigner une double fonction : en plus de conseiller le juge sur la responsabilité du délinquant, il se devait également de le renseigner sur les risques sociaux de ce dernier et sur les meilleures dispositions à prendre.

Partant de ces principes, la place de l'expertise professionnelle dans le système pénal n'a cessé de croître. Aux psychiatres sont venues s'ajouter d'autres catégories de spécialistes (criminologues, psychologues, travailleurs sociaux...) et le besoin d'évaluer professionnellement la dangerosité des délinquants s'est étendu à toutes les étapes du système pénal. Ce sont maintenant les experts en sciences humaines qui, se basant sur leur savoir, doivent aider à déterminer ceux qui, en raison de leur niveau de dangerosité, devront faire l'objet tantôt d'une mesure d'enfermement, tantôt de mesures telles la probation ou la libération conditionnelle.

---

\* Jean Poupart et Jean Dozois sont professeurs à l'École de criminologie de l'Université de Montréal.

\* Michèle Lalonde est assistante de recherche à l'École de criminologie de l'Université de Montréal.

Si l'expertise professionnelle s'est taillé une place si importante à l'intérieur de la pénologie moderne, c'est sans doute que l'on compte sur elle pour résoudre un dilemme de fond. Le système pénal se trouve en effet toujours confronté à la question difficile suivante : comment s'assurer que les dispositions prises à l'égard des délinquants répondent aux impératifs de protection de la société tout en portant le moins possible atteinte aux droits des individus ? L'expertise professionnelle doit, en partie du moins, permettre de régler ce problème en garantissant que les mesures répressives seront réservées aux seules catégories d'individus jugés « scientifiquement » dangereux. Malheureusement cet objectif ne semble pas en voie d'être atteint. L'expertise professionnelle fait en effet l'objet de sérieuses remises en question qui sont généralement erronées; les décisions qu'ils prennent ne peuvent être objectives. Notre texte vise à synthétiser ces critiques.

#### 1. DANGÉROSITÉ ET PRÉDICTION

Dès le début des années 60, certains auteurs critiques (Ha-keem, 1958; Szasz, 1961, 1963) engageaient la discussion sur l'expertise psychiatrique. Szasz, plus particulièrement, dénonçait avec virulence le savoir psychiatrique ainsi que les fonctions répressives de l'expertise.

De même la compétence des psychiatres dans le domaine de la prévision du comportement criminel apparaissait à plusieurs comme discutable. Dershowitz (1969, 1971), par exemple, concluait, à la suite d'un inventaire exhaustif de la littérature, que les prédictions faites par les psychiatres étaient plutôt inexactes.

Simultanément, quelques psychiatres tel Halleck (1969) reconnaissaient que l'évaluation clinique de la dangerosité ne se fondait sur aucune donnée objective.

Pour sérieuses qu'elles soient, ces diverses critiques furent sans influence immédiate, le prestige rattaché à la formation et à la profession médicales contribuant à ce que persiste la croyance en l'expertise des psychiatres à prédire la dangerosité (Landreville et Petrunik, 1981).

Il faudra attendre les années 70 pour que la compétence des psychiatres soit, de manière généralisée, mise en doute. À l'origine de ceci, l'on trouve un certain nombre d'études de follow-up menées auprès d'individus jugés dangereux par les experts et libérés par les tribunaux malgré leur avis. Ces recherches, toutes réalisées aux

États-Unis, ont fait l'objet de multiples commentaires en Amérique du Nord. Intérêt qui n'est guère étonnant puisque c'est sur ce continent surtout que les méthodes de prédiction et les mesures qui supposent un pronostic de dangerosité ont connu, et de loin, leur plus important développement.

L'attention considérable qu'ont suscitée ces études résulte moins de leur quantité et de leur haute tenue scientifique que de la constance des conclusions auxquelles elles parviennent. Avec régularité, elles font apparaître la valeur minime des projections cliniques de la dangerosité. Elles révèlent également la tendance marquée des experts à surprendre le comportement dangereux. Monahan (1978, 1981) qui a passé en revue ces travaux, constate qu'au mieux un pronostic de dangerosité sur trois est exact. Constatations d'autant plus surprenantes que dans ces travaux on a examiné la valeur des pronostics cliniques établis dans le cas de populations réputées comme présentant des risques élevés de dangerosité : délinquants malades mentaux et délinquants sexuels.

Avant de présenter ces résultats de même que les discussions auxquelles ils ont donné lieu, deux remarques préliminaires nous paraissent essentielles. Premièrement, la très grande majorité des auteurs qui ont traité de la question de prédiction adoptent la définition traditionnelle de la dangerosité. À quelques exceptions près, les auteurs conçoivent la dangerosité en termes de violence individuelle, conception que de récents travaux ont dénoncée.

Deuxièmement, les auteurs soulèvent surtout le problème de la valeur des pronostics rendus par une catégorie spécifique de professionnels : les psychiatres. Historiquement, ces derniers ne sont-ils pas ceux à qui a été confiée la mission d'experts ? Ne sont-ils pas également ceux dont les témoignages sont requis par les législations sur les délinquants dangereux ? Toutefois, il nous semble que les constatations faites au sujet des pronostics psychiatriques de la dangerosité sont tout aussi valables pour les pronostics établis par les autres spécialistes des diagnostics individuels.

### *1.1 Validité des prédictions cliniques : résultats de la recherche empirique*

Toutes les études qui suivent, ont été réalisées dans des conditions quasi expérimentales (Montandon, 1979). Les unes (Kozol, Boucher et Garofalo, 1972; Steadman et Coccozza, 1978) ont été entreprises à la suite de l'adoption de lois exigeant, avant l'imposition

de la sentence, une évaluation de la dangerosité; les autres (Stanford, 1972; Steadman et Coccozza, 1974 a; Thornberry et Jacoby 1974) à la suite de nouvelles interprétations de la loi. Le tableau ci-après reproduit les principaux résultats de ces études. Notons que toute comparaison entre celles-ci demeure, en raison de différences méthodologiques, sujette à caution. En effet, ces études présentent des différences importantes à trois niveaux : 1. la définition de la dangerosité; 2. le critère de validation retenu; 3. la durée de la période de relance (Monahan, 1978).

La première de ces études, effectuée par Kozol, Boucher et Garofalo (1972), porte sur 561 individus, la plupart ayant été reconnus coupables de délits sexuels. Tel que prescrit par législation du Massachusetts, ces individus étaient confiés au Centre de diagnostic et de traitement de Bridgewater pour fins d'évaluation. À partir d'examen cliniques, des histoires de cas et des résultats à certains tests psychologiques, une équipe d'experts formée de deux psychiatres, deux psychologues et d'un travailleur social, déclarait dangereux 257 sujets et non dangereux 304 sujets. Parmi ces derniers, 26 (8,6%) perpétrèrent des agressions graves au cours des cinq années suivant leur libération à l'expiration de leur sentence. Quant aux 257 sujets considérés comme dangereux par les experts, les tribunaux ordonnaient que 49 d'entre eux soient relâchés immédiatement après avoir purgé leur peine, jugeant que ceux-ci ne présentaient pas de danger. Parmi ces derniers 65,3% ne commirent pas d'agression grave après leur libération.

Stanford (1972) rapporte les résultats d'un follow-up mené auprès de 421 patients de Patuxent, relâchés à la suite d'une ordonnance du tribunal. De ce nombre, 286 ont été libérés à l'encontre des recommandations du personnel clinique de Patuxent. Les données de la relance montrent le caractère exagéré des recommandations cliniques. En effet, 54% des patients libérés par le tribunal malgré les avis contraires du personnel, n'ont pas récidivé durant les trois premières années suivant leur libération. Si, en comparaison des résultats obtenus par Kozol, Boucher et Garofalo, le pourcentage d'erreurs est ici plus faible, cela s'explique en grande partie par un critère de validation plus large, toute infraction connue de la police (Monahan, 1978).

L'expérience Baxstrom a joué un rôle fondamental dans la remise en cause des prédictions psychiatriques de la dangerosité. De-

TABLEAU DES ÉTUDES RELATIVES À LA VALIDITÉ DES PRÉDICTIONS CLINIQUES DE LA DANGÉROSITÉ \*

	Population	Méthode de prédiction	Nb. sujets libérés contre l'avis des experts	Durée du follow-up (années)	Résultats		
					Vrais-positifs (%)	Faux-positifs (%)	Proportion de bonnes prédictions
Kozol et al. (1972)	Délinquants sexuels	Équipe d'experts formée de 2 psychiatres 2 psychologues et 1 travailleur social	49	5	35	65	1/3
Stanford (1972)	Délinquants sexuels		286	3	46	54	1/2
Steadman et Coccozza (1974a)	Délinquants malades mentaux	Psychiatres	967	4	20	80	1/5
Thornberry et Jacoby (1974)	Délinquants malades mentaux		438	4	14	86	1/7
Steadman et Coccozza (1978)	Accusés inaptes à subir leur procès	Psychiatres	154	3	14	86	1/7

\* Ce tableau reprend en partie celui présenté par Monahan (1978, 1980).

puis cette expérience, les auteurs se sont faits nombreux à reprocher aux psychiatres de classer comme dangereuses des personnes qui ne le sont pas réellement. En 1966, la Cour Suprême des États-Unis (*Baxstrom vs Hérold*) ordonnait la libération de John Baxstrom, détenu transféré à l'expiration de sa sentence dans un établissement psychiatrique sans que sa dangerosité ait été évaluée. Dans son jugement, la Cour Suprême déclarait que cette détention allait à l'encontre des clauses de l'égalité devant la loi et du droit à la protection de celle-ci. Ce jugement eut pour conséquence la libération ou le transfert à des hôpitaux psychiatriques de 967 délinquants malades mentaux détenus, au-delà de l'expiration de leur peine, dans des établissements psychiatriques à sécurité maximale de l'État de New York.

Une série d'études (Hunt et Wiley, 1968; Halfon, David et Standman, 1972; Steadman, 1972; Steadman, 1973; Steadman et Coccozza, 1974a; Steadman et Halfon, 1971; Steadman et Keveles, 1972) effectuées suite à cette décision de la Cour Suprême, a particulièrement mis en relief la tendance des psychiatres à surévaluer considérablement les risques de danger. Les résultats de ces études sont résumés par Steadman et Coccozza. Les études montrent que seulement 98 (20%) sujets ont commis un acte de violence au cours des quatre premières années suivant leur libération ou leur transfert. Elles révèlent également que parmi les 121 sujets relâchés immédiatement ou plus tard, seuls 9 (8%) d'entre eux ont été trouvés coupables d'un délit et un seul de ces délits constituait un crime de violence. Enfin, elles indiquent qu'un très faible pourcentage (3%) des malades mentaux transférés dans des hôpitaux psychiatriques ont dû être réinternés dans des institutions à sécurité maximale.

Ces résultats sont cependant beaucoup moins clairs qu'ils ne le laissent entendre. Dans un article publié en 1976, Steadman et Coccozza reconnaissent que les conclusions que suggèrent ces résultats sont discutables sur deux points : 1. au moment des études, les sujets étaient à l'âge où la criminalité se fait rare; 2. la prolongation de la détention dans un établissement psychiatrique pouvait avoir été ordonnée pour des raisons autres que l'aspect danger. Une autre faiblesse méthodologique — et cette faiblesse est très fréquente dans ce genre d'études — est que la dangerosité peut avoir été définie de manière différente par les chercheurs.

Dans la cause *Dixon vs Pennsylvania* (1971), la Cour Suprême

des États-Unis confirmait la décision rendue dans l'affaire Baxstrom. Ainsi, 438 délinquants malades mentaux détenus à Fairview, établissement correctionnel à sécurité maximale de l'État de Pennsylvanie, ont été libérés ou transférés dans des hôpitaux psychiatriques. L'étude réalisée par Thornberry et Jacoby (1974) fait apparaître une fois de plus le degré exagéré des pronostics de dangerosité. En effet, seulement 14% des ex-détenus de Fairview ont été appréhendés ou réincarcérés dans des établissements à sécurité maximale. Cette étude révèle également que le taux de violence démontré par les patients transférés dans un hôpital psychiatrique a été similaire à celui démontré par les patients de l'hôpital et que ce taux était peu significatif. Selon les auteurs, ces résultats soulèvent la question de la dangerosité des délinquants anormaux ainsi que celle de la nécessité pour ceux-ci de longues périodes de détention et de conditions de sécurité maximale.

Une dernière étude, effectuée par Steadman et Coccozza en 1978, avait pour point de départ une série d'amendements apportés au New York State Criminal Procedure (1971) aux termes desquels tout accusé déclaré inapte à subir son procès devait être évalué par deux psychiatres. Au cours des deux premières années suivant l'entrée en vigueur de ces amendements, 257 accusés ont été jugés inaptes à subir leur procès. Après examen, les psychiatres déclaraient dangereux 154 accusés. Les données de la relance ont entre autres montré que seulement 14% de ces accusés ont été arrêtés pour un crime de violence (comparativement à 16% des accusés identifiés non dangereux par les psychiatres). Empruntant une expression d'Ennis et Litwack (1974) Steadman et Coccozza concluent en disant que ces résultats prouvent clairement que les prédictions psychiatriques de la dangerosité ne valent guère mieux que de tirer au sort avec une pièce de monnaie.

Bien que les diverses études que nous venons de décrire présentent certaines faiblesses méthodologiques (Montandon, 1979), il n'empêche qu'elles démontrent la large part d'incertitude que comportent les prédictions cliniques de la dangerosité. Elles établissent également que les experts ont tendance à surévaluer la dangerosité, une forte proportion des individus jugés dangereux ne manifestant pas dans les faits de comportements violents. Ces constatations sont d'autant plus troublantes que les tribunaux entérinent, plus souvent qu'autrement, les recommandations faites par les experts (Gove, 1970; Steadman, 1972).



Depuis ces études, de nombreux auteurs (Ennis et Litwack, 1974; Koerin, 1978; Montandon, 1979; Morris, 1974; Pfohl, 1978, 1979; Price et Gold, 1976; Von Hirsch, 1972) dénoncent la faible valeur des évaluations cliniques, et plus particulièrement des évaluations psychiatriques de la dangerosité. Bien que certains psychiatres tel Kinzel (1975) n'en continuent pas moins de prétendre pouvoir déterminer la dangerosité d'un individu, plusieurs (Diamond, 1974; Klein, 1976; Peszke, 1975, Rubin, 1972; Scott, 1977; Stone, 1975) admettent ne pas pouvoir se prononcer à ce sujet.

Si les auteurs s'accordent en général à reconnaître la faible validité des projections cliniques, un désaccord subsiste cependant sur les conclusions à tirer des diverses études. Pour les uns (Ennis et Litwack, 1974; Koerin, 1978) celles-ci ne laissent aucun doute quant à l'impossibilité d'en arriver à apprécier cliniquement la dangerosité. Pour les autres (Berger et Dietrich, 1979; Cohen, Groth et Siegel, 1978; Megargee, 1976; Monahan, 1981) le dernier mot n'a pas encore été dit sur cette question.

Qu'en est-il des prédictions faites au moyen des méthodes statistiques ? De même que les projections des spécialistes, les estimations statistiques sont plutôt inexactes. Inspirées par l'espoir de réussir à prédire la dangerosité à l'aide des techniques statistiques, les diverses études (Wenk, Robison et Smith, 1972; Steadman et Coccozza, 1974b; Steadman et Coccozza, 1979) ont toutefois abouti à des résultats décevants, le pourcentage des affirmations erronées variant entre 67% et 99%.

### *1.2 Quelques raisons de l'échec des prédictions cliniques*

Selon les auteurs qui ont commenté les résultats des études présentées précédemment, diverses raisons expliquent l'inaptitude des experts à prédire avec certitude la dangerosité ainsi que la tendance qu'ils manifestent à surestimer les probabilités de danger.

Une première raison, signalent la plupart des auteurs, (Diamond, 1974; Klein, 1976; Megargee, 1976; Monahan, 1978, 1981; Price et Gold, 1976; Shah, 1977, 1981; Steadman et Coccozza, 1976) est que la question de la dangerosité a été essentiellement posée en termes de personnalité. Or, soutiennent les auteurs, les traits de personnalité sont insuffisants pour connaître, expliquer et prédire le comportement. Ainsi que l'indique Shah, le comportement ne peut être compris qu'en référence à son contexte social, situationnel et environnemental. Définir, dit-il, le comportement comme l'expres-

sion d'une personnalité considérée comme une somme de traits plus ou moins fixés, c'est oublier que les actes de violence sont peu fréquents, qu'ils se produisent dans certaines situations et qu'ils ne sont pas nécessairement représentatifs de la façon dont se comporte habituellement un individu. D'où la nécessité, conclut Shah, de tenir compte des facteurs situationnels, ceux-ci pouvant favoriser et même provoquer le comportement dangereux.

Une seconde raison qui explique l'inaptitude des spécialistes à prédire la dangerosité est que la recherche n'a fourni aucun facteur qu'ils pourraient utiliser pour établir un pronostic (Cohen, Groth et Siegel, 1978; Diamond, 1974; Ennis et Litwack, 1974). Schlesinger (1978) qui a éprouvé la valeur d'une série de facteurs identifiés par neuf études comme permettant de prédire le comportement violent chez les jeunes, conclut qu'aucun de ces facteurs ne possède la capacité prédictive qu'il revendique. De même Diamond (1974) qui a examiné quelques études sur l'identification des délinquants dangereux, constate que les facteurs qu'elles préconisent ne sont pas suffisamment solides pour établir des prévisions concernant le comportement futur d'un individu.

Une troisième raison est que les instruments dont disposent les cliniciens ne sont d'aucune utilité pour apprécier la dangerosité (Megargee, 1976). Ainsi, Megargee (1970), ayant évalué la valeur prédictive de plusieurs tests psychologiques, observe qu'aucun ne peut identifier, même à posteriori, la dangerosité.

Une quatrième raison, suggèrent Monahan (1976, 1981) ainsi que Shah (1977, 1981), concerne la question des corrélations illusoire — type d'erreur systématique consistant à voir une association entre deux faits alors qu'en réalité une telle association n'existe pas. À titre d'exemple ces auteurs mentionnent la relation souvent établie entre maladie mentale et dangerosité. Or, comme le montrent les dernières études, les malades mentaux ne présentent pas de risques plus élevés que la population générale.

Une cinquième raison tient au fait que les cliniciens n'ont, qu'en de très rares occasions, la possibilité d'avoir un « feedback » sur leurs prédictions (Dershowitz, 1969, 1971; Monahan, 1976, 1981; Von Hirsch, 1972). En effet, exception faite des individus pour lesquels ils ont formulé un pronostic négatif et qui, une fois libérés, ont commis des actes de violence, les spécialistes voient rarement leurs pronostics infirmés, la plupart des individus jugés dangereux étant internés ou incarcérés.

Enfin, une dernière raison qui explique l'incapacité, aussi bien statistique que clinique, d'évaluer la dangerosité, consiste en la difficulté de prévoir le fait rare (Ennis et Litwack, 1974; Koerin, 1978; Megargee, 1976; Monahan, 1976, 1981; Shah, 1981; Von Hirsch, 1972). Cette difficulté, soulignée la première fois par Rosen (1954), se présente comme suit : l'on ne peut prédire un événement dont le taux d'occurrence est faible autrement qu'en faisant un nombre élevé d'affirmations erronées. Des diverses raisons que nous avons mentionnées, cette dernière constitue sans doute l'obstacle majeur auquel se heurte la prédiction de la dangerosité.

## 2. LES CRITIQUES CONCERNANT L'OBJECTIVITÉ DES DIAGNOSTICS ET PRONOSTICS DE DANGEROUSITÉ

Comme nous l'avons déjà mentionné, la mise en cause actuelle de l'expertise professionnelle est avant tout attribuable à l'échec, démontré empiriquement, des pronostics de dangerosité. Cependant, il existe un second niveau de questionnement qui, tout en étant moins spectaculaire, porte plus fondamentalement sur l'incapacité des praticiens à se prononcer « objectivement » et « scientifiquement » sur la dangerosité. Ce questionnement réfère à trois constatations : d'abord celle que la prise de décision est entachée de multiples biais; ensuite, celle que des contingences interviennent dans la décision; enfin, celle que le pronostic de dangerosité constitue une reconstruction sociale.

### 2.1 *Biais liés à la personne du clinicien et au modèle d'investigation qu'il utilise*

Il existe une littérature considérable sur les nombreux biais qui peuvent affecter les diagnostics des professionnels. Nous n'envisageons pas présenter de façon exhaustive cette littérature. D'autres auteurs l'ont déjà fait (Ennis et Litwack, 1974; Pfohl, 1978). Nous nous limiterons plutôt à exposer les principaux biais. Ceux-ci peuvent être regroupés sous deux grandes rubriques : d'une part, les biais reliés à la personne du clinicien et d'autre part, les biais quant au modèle d'investigation qu'il utilise.

Les biais qui se rattachent à la personne du clinicien sont ceux qui interviennent en quelque sorte avant même qu'une décision soit prise. En d'autres termes, ces biais sont liés au seul fait de se trouver confronté à un expert plutôt qu'à un autre. À cet égard, diverses études recensées par Ennis et Litwack (1974), montrent des varia-

tions importantes dans les évaluations faites par les différentes catégories d'experts, ainsi que dans les évaluations faites par des experts appartenant à la même catégorie.

Ces variations sont imputables à certaines caractéristiques personnelles des cliniciens : leur âge, leur expérience, leur personnalité. Par exemple, Dickes, Simmons et Weisfogel (1970) indiquent que la personnalité et les conflits personnels des psychiatres sont susceptibles d'affecter la perception qu'ils se font des problèmes de leurs patients.

Ces variations sont également reliées à la formation et à l'orientation professionnelle des experts. Ainsi, à différentes écoles de pensée correspondent différentes manières de concevoir et de percevoir les symptômes aboutissant à poser tel ou tel type de diagnostic (Posamanick, Dinitz et Lefton, 1959; Temerlin, 1970).

Enfin, une dernière catégorie de biais rattachée à la personne du clinicien a pour origine sa culture et sa classe sociale. Cette dernière catégorie permet, d'ores et déjà, de faire ressortir que les pré-supposés qui affectent les décisions des experts dépassent le strict plan individuel. Comme le rapporte Pfohl (1978), des comportements jugés acceptables par les milieux défavorisés tel se bagarrer pour répondre à une insulte, seront interprétés par des experts provenant de milieux aisés comme des manifestations d'une impulsivité. De même, il semble qu'il existe des différences importantes dans les diagnostics posés par les experts de diverses nationalités. En effet, certaines études (Copeland et al., 1971; Sandifer et al., 1969) révèlent des écarts considérables entre les jugements rendus par des psychiatres américains et ceux posés par des psychiatres britanniques.

En somme, certaines caractéristiques personnelles et sociales des cliniciens telles leur expérience, leur formation et leur classe sociale peuvent modifier sensiblement les conclusions auxquelles ils pourraient parvenir. En outre, ces diverses caractéristiques expliquent les écarts entre les décisions des professionnels.

En ce qui a trait aux biais associés au modèle d'investigation qu'utilise le clinicien, ceux-ci ont été particulièrement mis en évidence par Debuyst (1977, 1979). Relevant les failles d'une perspective centrée sur les déficiences de la personnalité, ce dernier pose un certain nombre de questions qui remettent fondamentalement en cause la manière dont les experts appréhendent le réel.

L'une de ces failles consiste à ne retenir que les aspects négatifs

tifs du comportement ou de la personnalité. Dans l'élaboration de son diagnostic, le clinicien a tendance à faire une lecture du comportement ou de l'expérience du patient dans le but de confirmer (ou d'infirmar) certains traits essentiellement définis en termes négatifs. Par exemple, pour établir le degré de dangerosité d'un délinquant, le clinicien tentera de découvrir des indices qui démontrent ses tendances à l'agressivité, son manque d'affectivité, etc. Ainsi, un certain nombre d'éléments positifs susceptibles d'atténuer sérieusement le diagnostic sont laissés dans l'ombre. Autrement dit, le point de vue qu'adopte au départ le clinicien rend probable qu'il trouvera ce qu'il cherche : les facettes négatives du comportement. De même, il rend improbable qu'il trouve ce qu'il ne cherche pas : les facettes positives du comportement.

Une seconde faille concerne la tendance des cliniciens à interpréter le comportement à partir des seules caractéristiques de la personnalité et à ne pas suffisamment tenir compte des situations sociales. Pour Debuyst, l'acte délinquant doit être situé dans son contexte global, contexte qui lui donne son sens réel. À cet égard, il propose la notion de situations problématiques. Celle-ci comprend deux aspects. Premièrement, il y a la manière dont le délinquant a pu vivre et percevoir les divers événements qui se sont produits. Selon Debuyst, la réaction de celui-ci peut être imputable à la situation dans laquelle il se trouve et à l'interprétation qu'il en donne. Deuxièmement, il y a la position qu'occupe le délinquant face à des individus, groupes d'individus ou institutions. Cette position en est souvent une d'infériorité. En effet, le délinquant se trouve souvent confronté à un rapport de forces inégal et le passage à l'acte lui apparaît comme un moyen de déblocage face à une situation perçue comme difficile.

## *2.2 Contingences de situation*

La prise de décision est également soumise à un certain nombre de contingences de situation. Cette notion, introduite par la sociologie des occupations et par les interactionnistes (Becker, 1963), met en évidence que des considérations extérieures à la situation ou au comportement du patient ou du déviant influencent la prise de décision. Ainsi en est-il des conditions dans lesquelles sont effectuées les évaluations. Par exemple, Scheff (1966) a montré que pour des raisons d'efficacité ou des raisons financières telles que la rémunération à l'acte, certains diagnostics étaient posés dans un laps de temps trop court pour avoir un minimum de validité. Le lieu de

l'examen peut également influencer le clinicien. Il semble en effet qu'il existe des variations sensibles selon que cet examen est fait en milieu institutionnel ou dans une clinique communautaire. Enfin, la teneur du diagnostic peut changer selon la période où s'effectue l'évaluation, l'état du patient ou du client pouvant se modifier d'une journée à l'autre.

Ainsi en est-il également des contextes organisationnel ou occupationnel dans lesquels se prennent les décisions. Goffman (1968) dans son ouvrage sur l'asile psychiatrique attire, entre autres, l'attention sur ces considérations. En effet, il indique que l'aspect déterminant dans le fait d'être interné dans un hôpital n'est pas tant celui de présenter des symptômes de maladie mentale que celui de se trouver en présence de conditions qui facilitent l'internement comme la proximité d'une institution psychiatrique et le nombre de places disponibles.

Outre ces exemples, deux autres types de considérations sont particulièrement susceptibles d'influencer les décisions que prennent les experts. Le premier type a trait aux changements dans les politiques d'un organisme ou d'une institution (Spector, 1972). Ainsi, face à la mauvaise publicité que peut susciter une récidive spectaculaire, un organisme peut être amené à se montrer plus sévère dans ses décisions.

Un second type concerne les impératifs de carrière. Dans son étude citée précédemment sur la maladie mentale, Scheff (1966) rapporte que dans les cas, relativement fréquents, où les psychiatres sont incertains de leurs diagnostics, ils ont tendance à présumer la maladie mentale et à recommander l'internement. Scheff associe cette attitude conservatrice des psychiatres à un certain nombre de présupposés idéologiques tels ceux que la condition des patients se détériore en l'absence d'une assistance médicale ou qu'il existe un aspect de danger dans la maladie mentale qui justifie, à titre préventif, l'internement. Il associe aussi cette attitude que manifestent les psychiatres aux conséquences négatives que peut avoir sur leur carrière une mauvaise décision. En recommandant l'internement, les praticiens se prémunissent contre les blâmes dont ils pourraient faire l'objet à la suite d'une erreur.

### *2.3 Reconstruction sociale*

Les quelques études que nous venons de citer ont le mérite d'attirer l'attention sur le caractère subjectif et arbitraire des déci-

sions prises par les professionnels. Cependant, poser le problème de l'objectivité des décisions essentiellement en termes de biais et de contingences comme la plupart d'entre elles l'ont fait, présente un sérieux inconvénient. En effet, ceci peut laisser croire qu'avec un minimum de précautions, il serait possible de réduire et même d'éliminer l'influence de ces éléments. Certes, diverses mesures (utilisation de critères comportementaux, échange d'informations quant aux motifs de décision, etc.) pourraient, à certains égards, diminuer les écarts entre les décisions des professionnels. Par ailleurs, il est difficile d'imaginer comment les praticiens pourraient, malgré leur bonne volonté, se départir de leurs préjugés de classe ou encore de leurs présupposés idéologiques.

L'impossibilité d'en arriver à formuler des diagnostics ou des pronostics « objectifs » a été particulièrement mise en évidence par deux courants de recherche : d'une part, celui de la sociologie européenne sur les représentations que se font les professionnels de la déviance et du système pénal; d'autre part, celui de la sociologie américaine interactionniste et ethnométhologique sur les mécanismes de la prise de décision et les conditions sociales qui les affectent. Le lien entre ces deux traditions reste encore à faire. Néanmoins, nous pouvons dire qu'elles se rejoignent autour de l'affirmation centrale, formulée par les ethnométhodologues, que les diagnostics et les pronostics de dangerosité sont en réalité des « constructions sociales ». Malgré leur apparente objectivité, ils sont donc le fruit d'une production sociale où se conjuguent les stéréotypes des professionnels, les divers mécanismes de la prise de décision ainsi que le jeu des interactions sociales. Ces éléments seront brièvement développés.

Il est permis de présumer que les décisions des professionnels s'inspirent des représentations qu'ils se font du délinquant, des finalités du système pénal et de leur fonction à l'intérieur de celui-ci. Ces représentations servent, pour ainsi dire, de cadre de référence. S'il est possible de trouver dans la littérature certaines indications quant à l'image que les professionnels se font de la dangerosité, peu d'études ont directement abordé ce thème. Celle de Robert et al. (1975) portant sur les représentations des juges nous fournit cependant de précieuses informations. Ceux-ci assignent au système pénal la mission de préserver l'ordre social et de mettre à l'écart les individus « dangereux » ou indésirables. Pour remplir cette mission, les juges catégorisent les accusés selon leur degré de dangerosité et leur degré de responsabilité. Dans le contexte, le délinquant dangereux

— le pervers ou le salaud selon les termes des juges — est celui qui fait preuve d'une intentionnalité méchante soit par le choix de sa victime, soit par la gravité de son acte.

Cette catégorisation se rapproche de celle que Pfohl (1978, 1979) a décelée chez un groupe de professionnels chargés d'évaluer la dangerosité d'un groupe de détenus. Apparaissaient ainsi comme dangereux ceux qui avaient fait preuve de violence ou ceux qui semblaient incapables de se soumettre aux normes de la société.

Les représentations que se font les experts de la dangerosité semblent s'adapter aux impératifs de chaque instance du système pénal. Ainsi, François (1981) remarque un glissement de perspective dans la définition que le système carcéral donne du délinquant dangereux par rapport à celle en vigueur dans le système judiciaire. Dans le contexte de la prison, le délinquant dangereux devient celui qui menace le bon fonctionnement de l'institution par des comportements tels que celui de refuser de se plier aux règles.

Bien que fondamentales, les représentations ne peuvent cependant expliquer à elles seules les catégories et les stéréotypes utilisés par les professionnels. Comme l'ont amplement illustré les ethnométhodologues, ceux-ci sont profondément marqués par la praxis. L'étude de Sudnow (1966), même si elle ne porte pas directement sur l'expertise clinique, constitue un excellent exemple des mécanismes en jeu dans l'élaboration des stéréotypes. Elle montre que les avocats de l'aide juridique opèrent à l'aide de catégories types de délits. Au fil de leurs activités quotidiennes, les avocats se font une idée des causes qu'ils peuvent plaider : les crimes les plus fréquents, les caractéristiques personnelles et sociales des accusés, les circonstances du délit et l'issue possible du procès. Ainsi, dans ses premiers contacts avec le prévenu, l'avocat tentera de recueillir les informations qui permettront de classer celui-ci dans une catégorie type. De même, sa négociation avec l'avocat de la poursuite tendra compte de la « manière habituelle » de régler ce genre de cas.

Il ne faudrait pas croire que cette catégorisation de la clientèle à partir de stéréotypes s'effectue mécaniquement. Dans son étude sur la manière dont les praticiens posent leurs diagnostics sur la dangerosité, Pfohl (1978, 1979) décrit bien les procédés en jeu dans la catégorisation. Le clinicien tente d'abord, à l'aide des informations contenues dans le dossier, de se faire une première idée du cas. Cette première idée pourra bien sûr se confirmer ou s'infirmer lors de l'entrevue. L'important cependant est qu'une fois lancé sur



une piste d'interprétation, le professionnel aura tendance à faire une « lecture sélective » des informations. De plus, les comportements seront interprétés en rétrospective de manière à confirmer et à justifier l'hypothèse retenue. Cette interprétation et cette ré-interprétation des informations montrent bien qu'il s'agit là d'une reconstruction sociale.

Le processus de reconstruction sociale se manifeste également par le jeu des interactions sociales en présence dans les procédures d'évaluation. Pfohl attire l'attention sur l'importance que les relations de pouvoir à l'intérieur d'un groupe d'experts ou sur le diagnostic. Certains spécialistes, généralement les psychiatres, réussissent plus facilement que d'autres à imposer leur point de vue. En outre, souligne Pfohl, les diagnostics et les recommandations sont souvent négociés de façon à préserver la bonne entente entre les experts et tiennent compte des réactions éventuelles des organismes qui ont sollicité les évaluations. Pour compléter Pfohl, nous pouvons dire que la présence de tierces personnes (avocat, membres de la famille, etc.) et l'attitude vindicative ou soumise du « déviant » peuvent avoir également un impact sur le diagnostic.

#### CONCLUSION

Diverses solutions ont été envisagées pour tenter de pallier aux problèmes que pose l'expertise professionnelle. Certaines se proposent d'atténuer les risques d'un mauvais diagnostic par des mesures telles qu'une définition législative plus précise de la dangerosité, des garanties procédurales (contre-expertise, accès au contenu du dossier, etc.) et une limitation du recours à l'internement aux seuls individus ayant fait preuve récemment de violence. D'autres solutions visent à ce que les spécialistes s'abstiennent de faire des prévisions, du moins tant que ces dernières s'avèrent incertaines.

La présentation que nous avons faite a surtout mis l'accent sur les faiblesses inhérentes à l'expertise professionnelle. Ce faisant, elle peut laisser croire, comme le soulignent Pirès et al. (1981), que les injustices qu'engendrent le système pénal résultent des seules décisions des professionnels. Nous n'avons que très peu abordé la responsabilité du système pénal dans l'orientation des évaluations et du travail des professionnels. Debuyst (1981) montre à cet égard que la définition que donne le système pénal de la dangerosité, en termes de conduites individuelles qui menacent l'ordre social, affectent directement la manière de poser les diagnostics. Au-delà de la

question de l'expertise se pose celle plus fondamentale de la signification et de la légitimité de la notion de dangerosité.

### BIBLIOGRAPHIE

- BECHER, H.S. (1963) : *Outsiders*, New York, Free Press.
- BERGER, L.S., DIETRICH, S.G. (1979) : « Clinical prediction of dangerousness — Logic of the process », *International journal of offender therapy and comparative criminology*, vol. 23, n° 1, 35-46.
- COHEN, M.L., GROTH, A.N., SIEGEL, R. (1978) : « The clinical prediction of dangerousness », *Crime and delinquency*, vol. 24, n° 1, 28-39.
- COPELAND, J.R.M. et al. (1971) : « Differences in usage of diagnostic labels amongst psychiatrists in the british isles », *British journal of psychiatry*, vol. 118, 629-640.
- DEBUSYT, C. (1981) : « Le concept de personnalité dangereuse considérée comme expression d'un point de vue », in Ch. Debuyst (Ed.) : *Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique*, Genève, Médecine et Hygiène, p. 19-34.
- DERSHOWITZ, A.M. (1969) : « The psychiatrist's power in civil commitment : a knife that cuts both ways », *Psychology today*, vol. 2, n° 9, 43-47.
- DERSHOWITZ, A.M. (1971) : « The law of dangerousness : some fictions about predictions », *Journal of legal education*, vol. 23, n° 1, 24-27.
- DIAMOND, B.L. (1974) : « The psychiatric prediction of dangerousness », *University of Pennsylvania law review*, vol. 123, n° 2, 439-452.
- DICKES, R., SIMONS, R.C., WEISFOGEL, J. (1970) : « Difficulties in diagnosis introduced by unconscious factors present in the interviewer », *Psychiatric quarterly*, vol. 44, 55-90.
- ENNIS, B.J., LITWACK, T.R. (1974) : « Psychiatry and the presumption of expertise : flipping coins in the courtroom », *California law review*, vol. 62, n° 2, 693-752.
- FRANÇOIS, J. (1979) : « La dangerosité en milieu pénitentiaire », in Ch. Debuyst (Ed.) : *Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique* (p. 83-105), Genève, Médecine et Hygiène, p. 83-105.
- GOFFMAN, E. (1968) : *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOVE, W.R. (1970) : « Societal reaction as an explanation of mental illness : an evaluation », *American sociological review*, vol. 35, octobre, 873-884.
- HAKEEM, M. (1958) : « A critique of the psychiatric approach to crime and corrections », *Law and contemporary problems*, vol. 23, 650-682.
- HALFON, A., DAVID, M., STEADMAN, H.J. (1971) : « The Baxstrom women : a four-year follow-up of behavior patterns », *Psychiatric quarterly*, vol. 45, 518-527.
- HALLECK, S.L. (1969) : « The psychiatrist and the legal process », *Psychology today*, vol. 2, n° 9, 24-29.
- HUNT, R., WILEY, E. (1968) : « Operation Baxstrom after one year », *American journal of psychiatry*, vol. 124, 974-978.
- KINZEL, A.F. (1975) : « Confronting and identifying dangerousness », *American journal of psychiatry*, vol. 132, n° 12, 1331.
- KLEIN, J.F. (1976) : « The dangerousness of dangerous offender legislation : forensic folklore revisited », *Canadian journal of criminology and corrections*, vol. 18, n° 2, 109-122.

- KOERIN, B. (1978) : « Violent crime : prediction and control », *Crime and delinquency*, vol. 24, n° 1, 49-59.
- KOZOL, H.L., BOUCHER, R.J., GAROFALO, R.F. (1972) : « The diagnosis and treatment of dangerousness », *Crime and delinquency*, vol. 18, n° 4, 371-392.
- LANDREVILLE, P., PETRUNIK, M. (1981) : « Le « délinquant dangereux » dans les législations nord-américaines », in Ch. Debuyst (Ed.) : *Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique*, Genève, Médecine et Hygiène, p. 207-229.
- MEGARGEE, E.I. (1970) : « The prediction of violence with psychological tests », in C. Spielberger (Ed.) : *Current topics in clinical and community psychology*, New York, Academic Press, p. 98-156.
- MEGARGEE, E.I. (1976) : « The prediction of dangerous behavior », *Criminal justice and behavior*, vol. 3, n° 1, 3-22.
- MONAHAN, J. (1978) : « The prediction of violent behavior : a methodological approach critique and prospectus », in U.S. National academy of sciences, *Deterrence and incapacitation*, Washington, p. 244-269.
- MONAHAN, J. (1981) : *Predicting violent behavior. An assessment of clinical techniques*, London, Sage.
- MONTANDON, C. (1979) : « Actualités bibliographiques : la dangerosité, revue de la littérature anglo-saxonne », *Déviance et société*, vol. 3, n° 1, 89-104.
- MORRIS, N. (1974) : *The future of imprisonment*, Chicago, University of Chicago Press.
- PASAMANICK, B., DINITZ, S., LEFTON, M. (1959) : « Psychiatric orientation and its relation to diagnosis and treatment in a mental hospital », *American journal of psychiatry*, vol. 116, 127-132.
- PESZKE, M.A. (1975) : « Is dangerousness an issue for physicians in emergency commitment ? », *American journal of psychiatry*, vol. 132, n° 8, 825-828.
- PFOHL, S.J. (1978) : « Predicting dangerousness : the social construction of psychiatric reality », Massachussets, D.C. Heath.
- PFOHL, S.J. (1979) : « Deciding on dangerousness : predictions of violence as social control », *Crime and social justice*, vol. 11, 28-40.
- PIRES, A.P., LANDREVILLE, P., BLANKEVOORT, V. (1981) : « Système pénal et trajectoire sociale », *Déviance et société*, vol. 5, n° 4, 319-345.
- PRICE, R.R., GOLD, A.D. (1976) : « La surveillance judiciaire du délinquant dangereux, in Commission de réforme du droit du Canada : *Études sur l'emprisonnement*, Ottawa, Approvisionnement et services Canada, p. 165-261.
- ROBERT, Ph., FAUGERON, C., KELLENS, G. (1975) : « Les attitudes des juges à propos des prises de décision », *Annales de la Faculté de droit de Liège*, vol. XX, n° 1-2, 23-152.
- ROSEN, A. (1954) : « Detection of suicidal patients : an example of some limitations of the prediction of infrequent events », *Journal of consulting psychology*, vol. 18, 397-403.
- RUBIN, B. (1972) : « The prediction of dangerousness in mentally ill criminals », *Archives of general psychiatry*, vol. 27, 397-407.
- SANDIFER, M.G. et al. (1969) : « Similarities and differences in patient evaluation by U.S. and U.K. psychiatrists », *American journal of psychiatry*, vol. 126, 206-212.
- SCHEFF, T.J. (1966) : *Being mentally ill; a sociological theory*, Chicago, Aldine.
- SCHLESINGER, S.E. (1978) : « The prediction of dangerousness in juveniles : a replication », *Crime and delinquency*, vol. 24, n° 1, 40-48.

- SCOTT, P.D. (1977) : « Assessing dangerousness in criminals », *British journal of psychiatry*, vol. 131, août, 127-142.
- SHAH, S.A. (1977) : « Dangerousness : some definitional, conceptual and public policy issues », in B.D. Sales (Ed.) : *Perspectives in law and psychology. The criminal justice system*, New York, Plenum Press, p. 91-121.
- SHAH, S.A. (1981) : « Dangerousité : quelques considérations sur les plans légal, politique et de la santé mentale », *Déviance et société*, vol. 5, n° 4, 371-382.
- SPECTOR, M. (1972) : « La différenciation sociale, la déviation secondaire et la théorie de l'étiquetage », *Revue canadienne de criminologie*, vol. 14, n° 4, 363-384.
- STANFORD, P. (1972). Model « Clockwork orange » Prison - Patuxent institution for defective delinquents », *New York times magazine*, vol. 17, septembre.
- STEADMAN, H.J. (1972) : « The psychiatrist as a conservative agent of social control », *Social problems*, vol. 20, n° 2, 263-271.
- STEADMAN, H.J. (1973) : « Some evidence on the inadequacy of the concept and determination of dangerousness in law and psychiatry », *Journal of psychiatry and law*, vol. 1, n° 4, 409-426.
- STEADMAN, H.J., COCOZZA, J.J. (1974a) : *Careers of criminally insane*, Massachusetts, Lexington.
- STEADMAN, H.J., COCOZZA, J.J. (1974b) : « Some refinements in the measurement and prediction of dangerous behavior », *American journal of psychiatry*, vol. 131, n° 9, 1012-1014.
- STEADMAN, H.J., COCOZZA, J.J. (1976) : « The failure of psychiatric predictions of dangerousness : clear and convincing evidence », *Rutgers law review*, vol. 29, 1084-1101.
- STEADMAN, H.J., COCOZZA, J.J. (1978a) : « Psychiatry, dangerousness and the repetitively violent offender », *Journal of criminal law and criminology*, vol. 69, n° 2, 226-231.
- STEADMAN, H.J., COCOZZA, J.J. (1979) : « Dangerousness standard and psychiatry — Cross national issue in the social-control of the mentally-ill », *Sociology and social research*, vol. 63, n° 4, 649-669.
- STEADMAN, H.J., HALFON, A. (1971) : « The Baxstrom patients : backgrounds and outcome », *Seminars in psychiatry*, vol. 3, 376-386.
- STEADMAN, H.J., KEVELES, G. (1972) : « The community adjustment and criminal activity of the Baxstrom patients 1966-1970 », *American journal of psychiatry*, vol. 129, n° 3, 304-310.
- STONE, A.A. (1975) : *Mental Health and law : a system in transition*, Maryland, National institute of mental health.
- SUDNOW, D. (1966) : « Normal crimes : sociological features of the penal code in a public defenders office », *Social problems*, vol. 12, n° 3, 255-276.
- SZASZ, T.S. (1961) : *The myth of mental illness*, New York, Hoeber-Harper.
- SZASZ, T.S. (1963) : *Law, liberty and psychiatry*, New York, MacMillan.
- TEMERLIN, M.K. (1970) : « Diagnostic bias in community mental health », *Community mental health journal*, vol. 6, 110-117.
- THORNBERRY, T., JACOBY, J. (1974) : The uses of discretion in a maximum security mental hospital : the Dixon case. Communication présentée lors de la réunion annuelle de la Société américaine de criminologie, Chicago.
- VON HIRSCH, A. (1972) : « Prediction of criminal conduct and preventive confinement of convicted persons », *Buffalo law review*, vol. 21, n° 3, 717-758.
- WENK, E.A., ROBISON, J.O., SMITH, G.W. (1972) : « Can violence be predicted ? », *Crime and delinquency*, vol. 18, n° 4, 393-402.